

La violencia en la vejez

Doctor Alvaro Enrique Urrea *
Doctor Miguel Alvarez Correa G. *

“Me dicen viejo, pero yo no creo que sea viejo. No. Yo creo que, en el fondo, los viejos son todas esas gentes que me creen viejo. Ellos tan solo piensan en morir, mas no en vivir. Por eso es que el viejo es viejo, y el joven, joven, y yo quiero vivir”.

Las “violencias” más obvias no son forzosamente las más graves, ni las más generalizadas. Así, si bien oímos continuamente los medios de comunicación reportar los repetidos asesinatos, masacres, violaciones que han convertido nuestra nación en uno de los países más violentos del mundo, pocos, muy pocos, son los que se percatan de la violencia interna que nos asedia en nuestras vidas cotidianas y que, a largo plazo, sesgan de modo mucho más hondo a nuestras comunidades.

“Pocas veces nos detenemos a pensar en el alto porcentaje de violencia que ha invadido nuestras vidas personales. No conversar con el cónyuge es violencia. No respetar a la personalidad de las demás personas del hogar es violencia. No escuchar es violencia. “Dar caramelo” es violencia. Imponer a los gritos es violencia. El expresar: “yo soy el dueño” o “aquí mando yo” es violencia. Mentir es violencia.

No solamente en las relaciones familiares y laborales se da la violencia. La violencia se da en muchas formas. También en las calles, pitar, pasarse el semáforo en rojo, atropellar la fila, no poner direccionales, tirar basuras, son todos hechos violentos (...) La violencia es la suma de las muchísimas violencias individuales”¹.

Esa es la que llamaremos la violencia de rutina, aquella en la cual ya no nos percatamos, por ser de uso común y repetido: la violación continua del espacio personal, los insultos injustificados en la calle, los insultos injustificados en el trabajo, en la casa, los gritos a nuestros hijos, las intolerancias –para con el vecino– en una noche de fiesta, las represalias por supuestas ofensas del cónyuge, los absurdos actos de posesión por lo que consideramos como nuestro.

En esa medida, suele decirse que el trato y la consideración que se les suministra a los niños y a los ancianos, más particularmente, reflejan en toda su dimensión la verdadera humanidad de una sociedad. En Colombia, tal como en muchos otros países tercermundistas capitalizados, el viejo conforma un rubro de la comunidad que poco o ningún espacio posee; vive con excesiva frecuencia en el abandono y el desinterés de sus conciudadanos; se le abandona en un Asilo, en un Hogar Geriátrico, en un Ancianato, se le pega, se le ignora, se le denigra, exaspera y molesta. ¿No es el anciano, en fin de cuentas, un producto terminal que está en la antesala de la muerte? ¿No sería una pérdida de tiempo invertir dineros y humanidad en una población con estas características? Si bien podríamos afirmar que en el respeto a la dignidad está la clase de un pueblo, los esquemas productivistas del sistema capitalista han modificado el fin primero de la organización social de las comunidades humanas: eso es, auxiliarse y apoyarse mutuamente en búsqueda de un crecimiento integral.

Aunque tan solo el 6% de los 35'000.000² de los habitantes de la población colombiana posee más de sesenta años^{3,4}, es decir alrededor de 1'800.000 personas: la cifra tenderá, con el tiempo, a aumentar paulatinamente, a medida que se genere una inversión gradual de la pirámide de edad. Se calcula para el año 2000 que Europa Occidental contará con 203 ancianos por cada mil habitantes, mientras que para Colombia se proyecta tan solo sesenta por mil³ lo cual, si bien nos muestra una notable

* Asesores de la Procuraduría General de la Nación.

1. “La violencia por dentro”, *El Colombiano* 9/IX/1990, Pág. 14A.
2. Censo Nacional de 1993 –datos pre-impresión–.
3. United Nations. Center for Social Development and Humanitarians Affairs. *Bulletin on Aging*. Vol. VI. N° 1-1981.
4. La vejez resulta ser un concepto bastante amplio, que depende de múltiples factores cronológicos, funcionales, biológicos y anímicos. Si bien, en términos generales, se consideran como ancianos aquellos sujetos en los cuales se da simultáneamente una disminución de las facultades mentales, fisiológicas, psicológicas, económicas y sociales, por motivo de carácter práctico y estadístico, tendremos que recurrir a la definición formal de las Naciones Unidas, la cual considera como ancianos a aquellas personas que poseen sesenta y más años.

y significativa diferencia, es necesario considerar que no poseemos ni siquiera en estas circunstancias la infraestructura necesaria para hacerle frente a nuestras propias necesidades. En Santafé de Bogotá, 0,84% de los mayores de 60 años se encuentran institucionalizados en Hogares Geriátricos o Asilos de carácter público o privado de caridad o de lucro, laico o propiedad de comunidades religiosas, lo cual representa aproximadamente una cifra de 3.040⁵ ancianos con un promedio de edad de 75,6 años de edad, es decir muy por encima del promedio nacional. Vale la pena resaltar que tan sólo 22% de estos 3.000 ancianos son de sexo masculino, dato que no solamente demuestra que la mujer es más longeva, sino que también indica el mayor índice de abandono entre las mismas y su mayor número de solterismo, a menudo parcialmente debido a la naturaleza del trabajo que realizaban en su periodo activo (empleadas del servicio, agricultoras, mujeres de hogar, etc.).

La tendencia a la institucionalización es cada vez mayor, y se hace urgente buscar mecanismos con el fin de invertir el proceso. Sin embargo, se calcula que al menos 3.000 ancianos, en la sola capital de la República, están buscando, infructuosamente, ingresar en algún Hogar.

La Procuraduría General de la Nación, consciente del abandono en el cual se encuentra la tercera edad, realizó en la ciudad de Santafé de Bogotá una investigación dirigida a establecer la situación social e infraestructural de los ancianos en la Capital de la República, institucionalizados e indigentes, con un mayor énfasis hacia la violación de los derechos humanos. Mientras que en las culturas Hebrea, Paez, Mongo y Japonesa, entre otras, el anciano es respetado y escuchado, el anciano colombiano contemporáneo suele ser echado hacia un lado, y relevado de toda función o responsabilidad. Su vida se torna monótona y vacía. Ese fenómeno es particularmente más marcado en las grandes urbes, en donde a mayor individualización, mayor indiferencia, y mayor deterioro social. Hemos, de ahora en adelante, de entender que la vida no se acaba a los sesenta años, o a los setenta, ni a los ochenta; muchos son los hombres de bien que hasta su último respiro siguieron siendo personas integrales, activas y productivas desde cualquier punto de vista que se quiera considerar.

A. MARCO LEGAL

Es importante conocer algunas definiciones y la nor-

matividad vigente en el Estado Colombiano, al igual que algunas referencias a conferencias y tratados internacionales, antes de reflexionar y conocer sobre la realidad de la violencia que vive nuestra sociedad longeva, lo cual demostrará que la vulneración de los derechos humanos también afecta a nuestros cada vez más olvidados y desamparados ancianos de Colombia.

1. Las Naciones Unidas en 1981, definieron a las personas de edad, como *"...aquellas que se encuentran en la etapa de la vida —es decir, el último tercio o el último cuarto—, en que la disminución de las facultades y la declinación fisiológica, psicológica, económica y social son mayores; numéricamente abarca toda la población ubicada más allá de los sesenta años..."*. En Colombia se calcula que el 6% de su población es anciana, es decir, aproximadamente 1.800.000 personas.
2. El 26 de julio de 1982, se realizó en Viena la Asamblea Mundial del Envejecimiento, cuyo principal fin fue el de buscar mejorar las condiciones de vida y el bienestar del anciano. Entre otras metas, se planteó la necesidad de:
 - Mejorar el acceso a la alimentación, la vivienda, la salud, por medio de una mejoría de los ingresos y el apoyo a la familia y a la comunidad.
 - Ofrecer oportunidades laborales a los miembros de la tercera edad.
 - Permitir una participación en la determinación de decisiones, cuando el anciano deja de trabajar.
 - Brindar acceso a programas de formación y de educación continuada.
 - Poder vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales.
 - Propender por la residencia del anciano en su propio domicilio, el tiempo que ello sea posible.
3. Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 25)

"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure a sí mismo como a su familia, el
5. De estos 3040 cupos 540 son del dominio estatal y 2.500 del dominio privado. En términos de Hogares, el 15% son públicos, y el 85% privados, los cuales a su vez se subdividen en un 70% de lucro y 15% de privados de semicaridad.

bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. En la misma forma, tiene derecho al seguro en caso de desempleo, enfermedad, invalidez y otros casos de pérdida de los medios de subsistencia, por circunstancias independientes de su voluntad”.

4. En general, la Constitución Nacional en Colombia reconoce expresamente diversos derechos fundamentales en su articulado, inherentes a la persona humana, a saber:
- A la salud (Art. 49).
 - A la Seguridad Social (Art. 48).
 - A la educación (Art. 27).
 - A la recreación (Art. 52).
 - Al trabajo (Art. 25).
 - A la vivienda digna (Art. 51).

De otra parte, la constitución política, en su artículo 5º, ampara a la familia como institución básica de la sociedad.

5. La legislación constitucional en sus artículos 13 y 46, hace un reconocimiento expreso a la necesidad de proteger a las personas débiles, a saber:

Artículo 13: *“Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades, sin ninguna discriminación...El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas a favor de grupos discriminados o marginados.*

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad y sancionará los abusos o maltratos que contra ellos se cometen”.

Artículo 46: *“El Estado, la sociedad y la familia, concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”.*

6. El actual Código Civil Colombiano en su artículo 251, consagra:

“Aunque la emancipación da al hijo el derecho a obrar independientemente, queda siempre obligado a cuidar de los padres en su ancianidad, en el estado de demencia y en todas las circunstancias de la vida que necesiten sus auxilios”.

No podemos dejar de considerar que están vigentes en nuestra legislación, sanciones civiles para el heredero indigno y sanciones penales por la no asistencia alimentaria a nuestros ascendientes o padres.

7. De otra parte, la Ley 100 de 1994 regula la edad límite de trabajo legal: 62 años en los hombres y 60 años en las mujeres. Asimismo, la Resolución 00110 del 25 de febrero de 1995, de la Secretaría de Salud Distrital de Santafé de Bogotá, reglamenta los establecimientos que prestan algún servicio relacionado con el anciano, y establece: requisitos formales requeridos, espacio mínimo exigido para la vivienda, repartición por área de cada uno de los locales de la institución, dotaciones de servicio de salud, y sobre las instalaciones en términos generales.

8. Finalmente, la legislación comparada en Latinoamérica –v. gr. arts. 230 de la Constitución del Brasil; 51 de la Constitución de Guatemala; 8 de la Constitución del Perú– reafirman a la familia como el centro de la sociedad y determinan, claramente, la obligación del Estado de proteger al anciano.

De esta consideración se observa que en Hispanoamérica hay una identificación normativa, tanto en la legislación sobre la familia como en la relativa a la protección del anciano.

B. EL MALTRATO

El maltrato al anciano posee, desafortunadamente, innumerables manifestaciones, tanto de carácter físico como psicológico. En el intento de abarcar la mayor cantidad posible de circunstancias y categorías, consideraremos como maltrato a la tercera edad:

“Toda acción voluntaria, accidental y fortuita que conduzca a una ofensa o a un descuido físico o psicológico in-fringido a persona mayor de sesenta años por los hijos, sobrinos, hermanos, familiares, terceros, la sociedad o por el medio en el cual se desenvuelve”⁶.

6. M. Alvarez Correa O. 1995.

En esa medida, y sin pretender presentar un listado exhaustivo de los tipos de maltrato, se buscó cuantificar y cualificar del mejor modo posible las modalidades de maltrato que se encontraron. Es importante resaltar que, al combinarse con cierta frecuencia los tipos de maltrato, se hizo necesario aislarlos arbitrariamente, con el fin de estar en capacidad de cualificarlos. A saber:

1. Abandono físico

Atañe tanto a los ancianos indigentes como a aquellos que padecen abandono institucional y familiar. Muchos son los abuelos que institucionalizan sus familiares, pagan en un principio regularmente las pensiones y, posteriormente, en ciertas oportunidades los dejan a su suerte. Puede ocurrir que el administrador, cuando se trata de un hogar de carácter privado, decida asumir la carga o negar la responsabilidad y lo deja a su suerte en la calle o lo remite a un Ancianato Público, cuando es posible conseguir un cupo.

“Aquí vino un hijo de la señora el año pasado a dejar a su madre. La recibimos. Al principio pagaba a regañadientes, pagaba tarde pero pagaba. Y después, un buen día, no volvió y nos dejó aquí a la abuela con direcciones y teléfonos falsos (...)”⁷.

El anciano también puede sufrir abandono físico en su propia casa en el cuarto más oscuro de la vivienda o inclusive puede ser subalimentado:

“Sí señor (...) me tienen viviendo en el cuarto donde secan la ropa y en donde guardan la comida (...) y tan sólo me dan de comer una vez al día una sopa con pan y nada más. (...) Vivo con dos sobrinas y la familia de mi hermano mayor, el que ya murió”⁸.

2. Lesiones en contra del patrimonio económico

Se refiere más concretamente a las manipulaciones, provenientes de las familias, dirigidas a sustraer en vida los dineros y bienes de sus ancianos, para posteriormente abandonarlos a su suerte o mantenerlos en condiciones deficientes. La supuesta voluntad de evitar disputas de sucesión posmortem, la tortura psicológica (“tú ya estás viejo”, “para qué quieres ese dinero”, y las presiones de todo tipo (“si no nos colabora lo abandonamos en un Hogar para viejos” “o accede o lo alejamos de sus nietos”) son los mecanismos más frecuentemente utilizados. En ca-

sos extremos, se encuentra envenenamiento progresivo del anciano por medio de drogas presuntamente médicamente recetadas, administradas en sobredosis.

3. Abuso sexual

Caso extremo y poco frecuente pero, desafortunadamente existente, en el cual se registraron violaciones por parte de un administrador, en particular a varios de los ancianos (sexo masculino), allí hospedados. De igual manera, existen casos de violación o de abuso sexual de ancianos por parte de ancianos de una misma institución.

4. Maltrato emocional

Es, de lejos, la modalidad más frecuente. Sus actores no son siempre conscientes de sus acciones, y hasta las consideran normales en la medida que reflejan el único patrón de vida cultural por ellos conocido, o al menos que hayan puesto en práctica. En este sentido podemos afirmar que el “maltrato emocional” es un concepto netamente, ético, mientras que cuando se contempla desde la perspectiva del maltratador, representa un enfoque meramente técnico, sin perjuicio de que sea considerado como negativo, en la medida que conforma una actitud innecesaria, es decir sin real motivación cultural ⁹.

Los insultos y las humillaciones verbales (“no es capaz sino de hacerse en los pantalones”, “no hace sino pedir”), el chantaje emocional (“me das lo que quiero o te dejo en un Hogar”, “más te vale hacernos caso, en fin de cuentas, sin nosotros no eres nada”), la denigración de las capacidades del viejo (“eres un bueno para nada”), la no aceptación de la capacidad del anciano de asumir un papel y la consecuente desconfianza en otorgar alguna responsabilidad al anciano, son algunos de las más marcadas y denigrantes

7. Abuela de 70 años, comentarios de un administrador de Hogar. Santafé de Bogotá, 1994.

8. Anciana de 74 años de edad residente en Ciudad Bolívar.

9. Partiendo de los postulados del Materialismo estructural (M. Harris, 19), todo elemento cultural existente en determinado patrón, tiene una función claramente definida en esa cultura y se refleja, en términos generales, en los correspondientes artefactos. De lo contrario el factor cultural en cuestión desaparece paulatinamente hasta su total extinción.

manifestaciones que encontramos en ese rubro. Sin embargo, posiblemente la mayor y más destacada de las ofensas, se materializa en la voluntaria y repetida ignorancia del viejo en todos los espacios en los cuales puede encontrarse. Es frecuente constatar que el viejo es, dentro de la casa, un mueble más, un objeto sin nombre, un vestigio, un “*todavía*” pintado de pasado.

Aquí también tiene cabida la negación de la vida sexual para el anciano, tanto por parte de la comunidad como por el mismo anciano. Parece ser que para muchos el sexo está exclusivamente reservado a la juventud, concepto erróneo si consideramos que en España el 75% de los individuos se encuentran fisiológicamente en capacidad de cumplir funciones sexuales hasta más allá de los 80 años¹⁰. En Santafé, de Bogotá, en cambio, tan sólo el 11% de las mujeres institucionalizadas afirmaron haber tenido algún tipo de relación sexual en el transcurso de los últimos cinco años, mientras que entre los hombres, del 50% que estuvieron dispuestos a contestar las preguntas, no más del 20% (es decir un tanto menos de la cuarta parte) afirma haber disfrutado de una relación sexual en el mismo lapso arriba mencionado. De cualquier modo, el hombre posee una mayor independencia sexual en la medida que no sólo tiene la posibilidad de recurrir a casas de lenocinio sino que, además, dentro del marco de la cultura machista latinoamericana, le es permitido asumir ante la comunidad una serie de actitudes que aun ante los representantes de esa generación son aceptadas.

5. Golpizas

El anciano es, entre los estratos más desfavorecidos, golpeado con cierta frecuencia por sus mismos parientes cuando vive en casa propia y, por un gran número de habitantes de la calle, cuando vive en ella. Si bien se tienen datos de carácter etnográfico sobre el particular, creemos que las denuncias en ese sentido son pocas, no porque el fenómeno sea menor, sino debido a que el anciano, los vecinos o la familia no sienten el interés o el derecho de proceder. El anciano indigente es, sin duda alguna, el que mayores injurias ha de sufrir, y de modo tan repetido.

“Usted no sabe lo que uno sufre en la calle. Lo humillan a uno, le pegan, le hacen a uno de todo; ¿Y

sabe qué? a nadie le importa. Yo, a veces, hago trabajitos por ahí: me pagan unos pesos para recoger unas cosas o para lavar la losa en un restaurante, pero ¿Y el día que no pueda hacer nada? Voy a morir como un perro. Yo tengo dos hijos de seis y de siete años, y a mí me los quitaron porque la madre murió y dicen que yo no los puedo cuidar como se debe”¹¹.

Las mismas familias son las que en ciertas oportunidades se encargan de maltratar al anciano cuando reside en casa propia. Se han visto hijos e hijas que les pegan a sus progenitores o parientes cercanos de edad; ancianos reducidos a un rincón de su propia casa, ancianos subalimentados, ancianos que, a menudo, optan por mantenerse callados, bien sea por temor a perder el poco afecto que aún le proporcionan sus familiares, o por temor a residir en un asilo o por ignorancia.

6. Maltrato infraestructural

Se refiere fundamentalmente a la carencia de las adecuaciones necesarias en todo Hogar Geriátrico¹², así como de todos aquellos factores que conforman el medio circundante del individuo y cuyo principal fin es el de facilitar y mejorar la vida de los ancianos. En ese contexto se pudo constatar que, en la Capital de la República, el 87% de los Hogares no poseen *ningún tipo de adecuaciones gerontológicas*: 62% no tienen zonas verdes de esparcimiento, recomendadas para el bienestar de los ancianos; tan sólo el 17% de los Hogares tienen médico de planta, es decir, ofrecen una atención continua, por periodos no menores de doce horas diarias, y el 8% no tienen médico.

En materia médica es de resaltar la carencia, en muchos casos, de material especializado de primeros auxilios, tales como bala de oxígeno o sonda; no se ha realizado una conveniente capacitación del personal que labora en los *hogares*. Así mismo, encontramos un sinnúmero de auxiliares de enfermería o ayudan-

10. Ferincla, 1994.

11. Don Pedro, 60 años de edad. Indigente de la décima.

12. Por extensión, las casas de familia en donde se encuentran alojados ancianos con dificultades, también deberían poseer las adecuaciones infraestructurales del caso, cosa que prácticamente nunca se da.

tes de enfermería, que realizan en muchas ocasiones trabajos sin la dirección de un médico o de una Enfermera Jefe, la cual suele brillar por su ausencia en un porcentaje muy alto de ancianos.

El 62% de los hogares no poseen Certificado de Sanidad, el 84% no tiene minuta y, al realizar un cruce de variables tan sólo el 50% pueden, dentro del marco de referencia colombiano, considerarse como "buenos" y el 3% como "muy buenos". También es necesario considerar los costos y las altas pensiones que los hogares privados cobran. En efecto, encontramos en este rubro ancianos con un valor-cupo mensual que puede ser del orden de los \$30.000,00 cuando son de semi-caridad¹³, y de hasta \$800.000,00 cuando son entidades con ánimo de lucro, con un promedio de \$162.326,00 pesos y una media de \$203.692,00¹⁴, lo cual demuestra en forma inequívoca lo difícil que es el acceso a estas instituciones para los más necesitados, es decir, para la inmensa mayoría.

Al ser deficiente la atención, lo es particularmente más entre aquellos ancianos que no pueden movilizarse o que lo hacen con dificultad, que permanecen en una cama sin que pueda disfrutar de un servicio idóneo ni oportuno.

En términos generales, queda claro que el sector dedicado a la atención de la tercera edad no tiene claridad sobre la atención integral, en materia social y en materia de salud, que requiere el bienestar de toda persona. Si bien son muchos los modos de vivir, también son muchos los modos de morir. En ese sentido, la calidad de la atención puede marcar toda la diferencia entre unos y otros. Unos pocos administradores entregan a sus inquilinos afecto y cariño, lo cual si bien es una necesidad irremplazable, también requiere de un cierto número adicional de servicios en aras de ofrecer una atención integral.

Las deficiencias en la atención institucional pueden deberse a factores de carácter:

- **ECONÓMICO.** Los dueños del Hogar no tienen los fondos suficientes para realizar las adecuaciones requeridas.
- **FALTA DE INTERÉS.** Independientemente del hecho de tener o no tener dinero para realizar las remodelaciones

del caso, el descuido puede ser un elemento presente cuando el Hogar se considera tan solo como una fuente de ingreso, mas no como un servicio social con posibilidad de mejoras a diario.

- **LA TEMPORALIDAD.** Ligado al anterior aspecto, cuando un administrador asume el manejo de un Hogar como una actividad económica pasajera, aunque necesaria, considera que la relación tiempo de existencia del Hogar/posible productividad de las mejoras es negativa, no realiza por lo tanto ninguna clase de cambios.
- **FALTA DE CONCIENCIA.** Por desconocimiento y por convicción, ciertos administradores trabajan "con solo cariño y afecto", considerando que ese mecanismo es "más que suficiente".
- **DESCONOCIMIENTO DEL MANEJO TÉCNICO DE LA PROBLEMÁTICA.** Muy frecuente, entre los hogares privados la existencia de este factor ratifica la poca profesionalización de la gran mayoría de las personas que laboran con los ancianos.

Ciertos hogares poseen una movilidad grande debido, parcialmente, al temor de las autoridades y a la búsqueda de unas instalaciones de menor costo y, por lo tanto, más rentables.

7. Abandono psicológico

El 75% de los ancianos institucionalizados poseen familia. Son esos ancianos personas que en la mayoría de los casos reciben escasamente visitas de sus familiares. En un 40% de las situaciones consideradas, alguno o varios miembros de la familia acuden una vez por semana; en un 35% vienen cada quince días o menos y, en el 25% de los casos, no vienen nunca o prácticamente nunca. Las causas no son muy variadas. El desinterés y el impedimento físico son

-
13. En ciertos casos, el costo nominal tiene como principal propósito obligar a los familiares, cuando los hay, a acudir al Hogar para, de paso, visitar al anciano. Las entidades públicas subsidian total o parcialmente el alojamiento de los ancianos, mientras que, Hogares privados religiosos o laicos con un fin humanitario cobran bajos costos o atienden gratuitamente a aquellos que no tienen forma de pagar.
 14. Los Hogares del Estado quedan excluidos de estos datos, en la medida en que los servicios que brinda no acarrear ningún costo para el usuario.

las dos principales razones que al respecto se pueden considerar.

Si bien este último factor es, entre los dos, el de menor frecuencia, se da particularmente entre los estratos más desfavorecidos:

“(...) Sí señor tengo dos hijas (...), trabajan en el servicio doméstico. Cada quince días les dan día de salida, entonces es cuando vienen acá a verme”¹⁵.

Por otra parte, con referencia al primer aspecto al que nos referíamos arriba, son también muchos los abuelos que conscientemente protegen a sus familiares, a pesar del abandono en el cual los dejan.

“No,... Mis sobrinas me quieren mucho. Lo que pasa es que tienen mucho trabajo y entonces no pueden venir tanto.

— *¿Qué tan seguido vienen ellas doña Marta?*

— *¡Ah no! Ellas vienen cada quince días. Siempre vienen seguido”¹⁶.*

La razón de este comportamiento descansa, en gran medida, en el temor a perder el poco afecto que aún se les prodiga. Actitud que refuerza el marcado abandono emocional que padece el anciano en nuestras comunidades.

C. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con base en los anteriores postulados y realidades, creemos conveniente efectuar las siguientes sugerencias, con el objeto de colaborar en el mejoramiento de esta problemática:

1. Las últimas administraciones en Colombia se han preocupado por el tema de los Derechos Humanos en general. En virtud de ello, diseñó una Política Nacional de Derechos Humanos con la pretensión de que tenga el carácter integral, en la cual los derechos de los ancianos están inmersos. Sin embargo, la cotidianidad demuestra que en este caso particular, no se le ha brindado la protección ni la atención requerida a la población anciana, que según informes institucionales se concluye que sus derechos no son respetados, así como tampoco denunciados los innumerables casos de abusos, v.gr., en casa propia, en los ancianatos, en la calle, etc. También se observa la

marcada carencia de atención médica adecuada de trabajo social, trabajo terapéutico, y en general de los recursos mínimos de subsistencia.

2. La población longeva no conoce sus propios derechos ni los mecanismos legales para defenderlos y restablecerlos.
3. Se percibe también la ausencia de un interés por parte de la comunidad civil para auxiliar a la población longeva.
4. Se afirma reiteradamente que la solución a muchas de las necesidades de los ancianos es la *institucionalización*, posición que no compartimos, en virtud de que creemos que la alternativa por seguir se encuentra en la labor familiar y comunitaria. Consideramos que el último recurso por acudir son los Hogares Geriátricos, por cuanto la necesidad más importante del anciano es la afectiva. Una solución alternativa podrían ser los Hogares-Día, los cuales brindan el apoyo profesional que requiere esta problemática.
5. En vista de la percepción que la comunidad tiene del anciano, consideramos vital, iniciar una inmediata y paulatina sensibilización, concientización y educación de la sociedad, la cual sugerimos se realice a través de los medios de comunicación masiva, la educación formal e informal.
6. Recientemente se considera que una de las soluciones más viables y satisfactorias descansa en la idea de coordinar e integrar las necesidades de la generación naciente o infantil, con la experiencia y conocimiento en poder de los representantes de más edad dentro de la comunidad.
7. Se requiere convocar, por medio de una amnistía, al gran número de Hogares Geriátricos que aún no han legalizado su funcionamiento, en aras de ejercer sobre ellos un mayor control, lo cual redundaría en beneficio de ellos.
8. Creemos que legalmente se podrían hacer los siguientes aportes:

15. Anciana de 84 años hospedada en un Hogar Privado de Caridad. Santafé de Bogotá, 1994.

16. Anciana de 79 años, ubicada en Hogar Privado. Santafé de Bogotá, 1994.

- a) Conformar una Comisión Redactora del Código del Anciano la cual deberá ser interinstitucional, interdisciplinaria y con la participación de la comunidad longeva.
- b) Crear un organismo director, responsable de las necesidades y bienestar del anciano.
- c) Propiciar, mediante el mecanismo legal más idóneo, la agilización o celeridad de los procesos judiciales en los cuales son parte personas mayores de 55 años.

Creemos que es inminente la necesidad de prever políticas y mecanismos que mejoren y dignifiquen la realidad de nuestros ancianos en Colombia. No es solamente una actitud para solucionar una problemática que día a día crece significativamente, sino porque además y funda-

mentalmente, nos referimos a uno de los sectores de la sociedad más sensibles y olvidados: es algo que no puede quedar únicamente en discursos académicos, en virtud de referirnos a los “Derechos Humanos de nuestros ancianos”.

La Procuraduría General de la Nación, consciente de esta realidad y de su función constitucional y legal, actualmente está trabajando, junto con otras entidades, en el montaje de la Red Nacional del Anciano y, en general, en facilitar una solución integral a los requerimientos de la población longeva en Colombia.

Solamente en la medida en que la comunidad sea consciente y concedora de los problemas de sus ancianos y de los grandes e inimaginables valores que poseen, se les dará el tratamiento y vida que merecen como integrantes de la sociedad.

El alcoholismo y la violencia

Académico *Guillermo Sánchez Medina* *

Presenta una microsíntesis de una obra de seis académicos denominada *La Creatividad, una solución a la Violencia*. La violencia –dice el Académico Sánchez Medina– tiene tres campos grandes: uno físico, otro psicológico y otro económico-histórico-social. La violencia repercute en estos tres campos pero, a su vez, estos tres campos repercuten en la violencia: si hay trastornos físicos, psicológicos, económicos, histórico-sociales, van a producir violencia.

El hombre, desde los tiempos bíblicos –desde el mito de Adán y Eva, a quienes se supone que Dios sacó a la fuerza, con violencia– ha sido violento. En el mito de Caín y Abel aparece la violencia por envidia y por celos. La cosmovisión de la violencia es muy grande y se considera que se debe a carencias de recursos económicos, humanos, éticos, técnicos, de solidaridad, unidad, amor, responsabilidad, credibilidad, seguridad, educación y religiosidad. Existen las causas sociales relacionadas con atentados contra la justicia, los valores, la moral, la ética, la estética, el saber o conocimiento y la formativa educativa. Son causales también la explosión

demográfica, las fuerzas demandantes; la explosión de mensajes y los medios de comunicación –radio, prensa, televisión, cine–. Y dos fuerzas más: la inconsciente irracional y la consciente racional. Todo ser humano tiene la capacidad de violentarse, de ser agresivo y en determinado momento de llevarlo al acto. Todos soñamos y somos dentro de los sueños muy violentos o podemos ser muy violentos. Pero, está la conciencia y está el poder de controlar todas nuestras tendencias y nuestros instintos.

La libertad, el poder, el deber y los derechos son fuerzas fundamentales que cuando se desequilibran van a produ-

* Médico de la Universidad Javeriana, graduado en octubre de 1954 en la Universidad Central de Madrid, España. Psicoanalista de la misma Universidad. Ha publicado un gran número de obras psicoanalíticas, entre ellas una que tiene el tema de la violencia. Representa a la Academia, de la cual es Miembro de Número desde 1993. Es miembro titular de numerosas sociedades científicas. Ha realizado numerosas investigaciones en su especialidad y ha sido docente de la Universidad Nacional y de la Pontificia Universidad Javeriana como profesor visitante entre 1970 y 1986.

cir violencia. Otros factores más íntimos pueden ser los trastornos genéticos y las adicciones: el alcohol, la coca y la marihuana y, con ellas, el narcotráfico.

INTRODUCCIÓN

Alcoholismo y violencia son dos condiciones humanas que se remontan a milenios y que se interrelacionan; la primera despierta o estimula la segunda, y se revela por conductas agresivas, destructoras en el ser humano (física, psíquica y socialmente) y en la sociedad. Recordemos que la violencia estuvo presente desde la horda primitiva y luego, a través del tiempo, el hombre en su evolución la ha sofisticado. En América se ha dividido en la época precolombina, durante la conquista, la colonia, la independencia y la república; todo ello enmarcado en etapas de tremenda agresividad; Europa, Asia y África la han padecido y la siguen viviendo.

No voy a referirme al análisis de la violencia en general ni a los mecanismos fisiológicos y anatómicos que ocurren en el cerebro, especialmente en el hipotálamo, sino más bien voy a centrar esta presentación en el alcoholismo y su relación con la violencia. Para tal efecto me voy a permitir traer algunas definiciones de alcoholismo; luego plantearé, los conceptos de aquella como enfermedad mental. Algunos datos estadísticos ilustrarán las dos condiciones enunciadas en las que se muestra la interrelación de uno y otra, pues es el hombre, en su unidad bio-físico-psico-social, el que funciona, se desarrolla, enferma y muere. Ocurre sí que muchas veces es la autodestrucción sadomasoquista la que ocasiona el final de la vida en diferentes niveles o perspectivas.

Alcoholismo y violencia también se interconectan con la educación, los niveles de ingresos, la salud o la enfermedad mental, y sobre todo con la estructura y funcionamiento de la familia, en especial en las relaciones madre-padre-bebé. Todos estos factores obran en una forma dinámica y tienen sus principios de causalidad. Traigo un perfil psicológico del alcohólico, así como expongo la fisiología y los efectos del alcohol, algunas clases de alcoholismo, el síndrome de abstinencia, los tratamientos y, por último, ciertas recomendaciones como medidas por tomar, con un enfoque psico-social. Finalmente, se presentan ciertas conclusiones conceptuales.

DEFINICIÓN

Definir el alcoholismo propiamente dicho no es tarea fácil; sin embargo, la definición de la O. M. S. dice: “*El alcoholismo es un trastorno conductual crónico, manifestado por repetidas ingestas de alcohol, excesivas respecto a las normas estéticas y sociales de la comunidad, y que acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor*”. Esta es una definición bastante generalizada y hay muchas observaciones acerca de ella; se considera que es más descriptiva y sintomática que dinámica.

De una manera muy general se necesitaría una mejor cualificación y cuantificación del fenómeno; si se trata de juicios cualitativos y no esenciales se sale del terreno científico y se pasa al terreno moral; así se desvía al terreno social casi exclusivamente. De todas maneras el alcoholismo se califica como una dependencia, adicción a una sustancia tóxica (toxicomanía); a la vez se asocia con otras dependencias o adicciones (drogadicciones) o psicoestimulantes y a la psicodinamia de la dependencia con personajes del mundo interno que se proyectan en el externo.

Voy a leerles una mejor definición, propuesta por los norteamericanos, que dice: “*El alcoholismo es un trastorno crónico de la conducta, manifestado a través de una habitual preocupación por el alcohol y su consumo, en detrimento de la salud física y mental, así como la pérdida de control cuando se empieza a beber y con una actitud autodestructiva manifestada en las relaciones personales y en las situaciones vitales*”. También, según la O. M. S., se define que “*es alcohólico todo aquel que se embriague más de trece veces al año*”; esa definición incluye a más de la mitad de la población. En los estudios realizados por los años 50 se descubrió que un sujeto que se embriaga trece veces al año, o sea que está en tercer grado de embriaguez, es un sujeto que por lo menos ha bebido sin embriagarse tres veces más por cada una de aquellas en las que se embriagó. Otra clasificación considera alcohólicos a los sujetos que no pueden detener la ingesta una vez que han empezado; también quienes consumen alcohol por lo menos una vez o dos veces por semana y más de cinco años con ese patrón de ingesta.

La embriaguez tiene tres estados clínicos: excitación intelectual y motriz. La palabra se hace incoherente en un grado mayor, luego se presentan perturbaciones motrices, incoordinación y trastornos cardio-pulmonares y circulatorios. Finalmente, la persona se desploma, se disminuyen los reflejos, luego puede entrar en un sopor y, cuando no tiene resistencias para metabolizar el alcohol, puede sobrevenir la muerte.

EL ALCOHOLISMO COMO UNA ENFERMEDAD SOCIAL

“El alcoholismo –escribió Rafael Uribe Uribe– es el cáncer social que nos devora y que está haciendo degenerar con vertiginosa rapidez la raza, no tan sólo en sus calidades físicas como en las mentales y morales. En medio de climas salubérrimos, de aires puros y aguas magníficas, causa sorpresa y pavor tropezar a cada paso con innumerables tísicos, artríticos, epilépticos y desequilibrados, míseros descendientes de varias generaciones de ebrios. Si tuviéramos estadísticas, ellas nos revelarían que el 80% de los crímenes de homicidio, de heridos y de agresiones personales, procede de la malevolencia incitada por la embriaguez, y que la gran mayoría de locos y enfermos que pueblan los asilos y los hospitales y los que andan sueltos por la sociedad, se compone de borrachos o hijos de borrachos, en quienes el alcohol pervirtió la acción procreadora”.

“Es que no hay feria ni romería ni fiesta alguna pública o particular que en Colombia se celebre sin apurar grandes copas de licor. El hijo del pueblo y quizás más aún, el de las clases elevadas, no sabe hacer negocio, estar satisfecho, sentirse contento o solemnizar un suceso cualquiera sin convidarse a beber, de toda ocasión -dice- es mano de trago: le nace un hijo, bebe; se le muere, bebe; cumple años, bebe; se casa, bebe; enviuda, bebe; ganó, bebe; perdió, bebe; se encuentra con un amigo, bebe; se reconcilia con un enemigo, bebe; está triste, bebe para ahogar su pena; está en ayunas, bebe para matar el gusano; antes del almuerzo, bebe para abrir el apetito; después, bebe, para ayudar a la digestión; al acostarse, bebe, es el gorro de dormir; si se va, bebe, es el estribo; en los malos pasos del camino, bebe, es el regatón para componerlo; con frío, bebe, es para entrar en calor; con calor, bebe, es para provocar la transpiración; con miedo, bebe, para animarse; si es valiente, bebe para doblar el arroyo; talentoso, bebe, es

para espolar el ingenio; torpe, bebe para alumbrarse; derrotado, bebe para consolarse; vencedor, bebe para festejar el triunfo; para dar la bienvenida, bebe; para despedirse, bebe; con hambre, bebe para entretenerla; lleno, por lo mismo; si es pobre, bebe, qué otra cosa ha de hacer; si es rico, bebe, para eso trabaja y tiene con qué; domingo, bebe para santificar las fiestas; entre semana y trabajando, bebe, no se opondrá; ocioso, bebe para matar el tiempo; nada se sabe hacer con la cabeza fría, el alcohol es el compañero inseparable; el colombiano vive para beber, creyendo beber para vivir e ignorando que con ello se mata, y bebe sin método, sin cuenta ni razón, sin criterio ni sensibilidad de paladar, todo le sirve desde el más nocivo brandy o aguardiente que le quema las entrañas, le cuece la sangre, le atrofia el cerebro hasta la más nauseabunda surrapa de chicha o guarapo”.

ALCOHOLISMO Y VIOLENCIA Estadísticas

Entendamos que el alcohol es sólo un factor más que incide en la violencia; quiero aquí traer algunos aspectos epidemiológicos. La violencia en Colombia se ha manifestado desde hace mucho tiempo y tiene diferentes causas; pensemos que tenemos una guerra interna de casi 50 años con la guerrilla. En menos de 20 años la tasa de mortalidad y casos violentos se ha multiplicado 8 veces. La muerte diaria de 90 personas, corresponde el 84% al homicidio; el año de 1994 se presentaron 77 asesinatos por cada 100 mil habitantes; el 89% de todas las necropsias hechas en Colombia correspondían a muertes violentas y el 88% fue de hombres y el 12% de mujeres, cuyo promedio de edad era de 31 años. Colombia es considerada el país más violento del planeta. La sintomatología de la enfermedad de la violencia es evidente y el diagnóstico está hecho.

Las consecuencias las podemos observar a nivel de recursos humanos. Pensemos que si el 88% de los hombres que murieron es cerca de 28.500 en edad productiva, esto implica una repercusión en la familia, pues muchos de ellos eran cabeza de ella, lo que significa una destrucción del núcleo familiar, elemento fundamental de cualquier estructura social. En cuanto a accidentes de tránsito, en el año de 1993 las muertes corresponden al 60% de peatones, 28% ocupantes de vehículos, otros fueron conductores y pasajeros.

En 1993 se realizaron 205.766 reconocimientos médicos legales en el país, de los cuales el 87.4% se debió a lesiones personales, el 4% fueron dictámenes sexológicos. Dentro de las primeras cuatro causas de la población sentenciada, en 1980, el alcoholismo ocupó el 49.3% y el 18.9% fueron tóxicas, el 9.3% familiares y el 7.6% psíquicas. En los casos condenados por delitos contra la vida y la integridad personal, el 60% fueron alcohólicos y toxicómanos. En Bogotá se practicaron cerca de 54.707 reconocimientos por lesiones personales, que equivalen al 30.4%, y de éstos el 57.7% fue en hombres entre los 30 y 50 años, y el 42.3% en mujeres. En 1994, en el reconocimiento médico legal realizado, se encontró que el 18.4% era por lesiones personales atribuidas a violencia intrafamiliar entre cónyuges y padres e hijos. La edad promedio en el maltrato familiar fue de 32 años; en la violencia intrafamiliar, el 16.6% fue por maltrato infantil, el 72.2% por maltrato conyugal y el 12.5% maltrato familiar. Los aspectos que dominan en toda esta violencia es la pobreza, la ignorancia de la población y la ingesta de alcohol.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses recomienda especialmente a todas las instituciones estatales *“la toma de decisiones y diseño de estrategias conducentes a la prevención y control del problema de violencia y trauma en Colombia”*.

En Colombia no existen estadísticas seguras y confiables con respecto al alcoholismo, pero sabemos que el alcohol es un factor predominante y causante de crímenes violentos, se piensa que alrededor del 85% de la población, en algunos momentos de la vida, ha tomado alcohol, y más del 50% lo usa con más frecuencia. A la vez, el alcoholismo se asocia con enfermedades del corazón y con el cáncer; se cree que alrededor del 30% y 45% de los colombianos han tenido algunos episodios de problemas relacionados con el alcohol. Los hombres toman más que las mujeres.

El alcoholismo se encuentra como la tercera causa de mortalidad y está entre las diez primeras causas de morbilidad. De un millón y medio de personas encuestadas mayores de 15 años, el 35.7% tomaba alcohol menos de una vez por semana, el 10% una o dos veces por semana y el 3.5% todos los días. El 50% de los homicidios se vincula al alcohol. En 1982, hace 13 años, se consumieron 800 millones de botellas de cerveza. La producción, por esa época, fue de tres mil millones de

cerveza anuales. A su vez, tanto el alcoholismo como la drogadicción están fuertemente asociados a la presencia de enfermedad mental; en el estudio que se realizó en Bogotá, se encontró que las personas que presentan antecedentes de alcoholismo tienen una mayor propensión a enfermedades mentales (63.9%) que las que no tienen ese historial (32.6%) y que lo propio sucede para los que usan drogas (89.9%) y para los que no las usan (32.6%).

Entre los factores asociados a la presencia de la enfermedad mental en Colombia se encuentran los siguientes: a) el nivel de ingresos, puesto que hay una relación entre los ingresos bajos y la enfermedad mental; b) la educación, ya que a menor educación es mayor la ocurrencia de la enfermedad mental. En este sentido se encontró, en un estudio, que la incidencia de analfabetismo era mayor en los enfermos mentales jóvenes que en sus padres. De todas maneras la relación entre educación y enfermedad mental es una de las más fuertes y parece ser más compleja que lo que puede esclarecerse con la información existente; c) los hogares rotos: la ausencia de uno de los padres produce también enfermedad mental en los jóvenes. Por otra parte, las situaciones maritales más aprobadas socialmente en la cultura tradicional colombiana (estar casado, o soltero o viudo), producen menores porcentajes de enfermedad mental entre la población (entre 22% y 36%), que las formas maritales menos aceptadas y más frecuentes en las nuevas formas de organización familiar que está generando la modernización y su crisis. En efecto, los separados muestran un 50% de respuesta positiva a la presencia de enfermedad mental y los que viven en unión libre un 64%; d) un cuarto factor que parece relacionado con cierta sintomatología de tipo psiquiátrico es la participación en grupos de carácter social (políticos, religiosos, deportivos, culturales). Los que no participan en ese tipo de actividad social muestran una mayor tendencia a tener síntomas de enfermedad mental (39%), que los que participan (24%); e) finalmente, uno de los factores más mencionados en todos los estudios es el *“shock cultural”* y de adaptación socioeconómica y familiar que produce la migración del campo a la ciudad, algo que se podría llamar el *“shock de la modernización”*.

“Un periodista comentaba —escribe Humberto Rosselli en Salud Mental— Colombia ocupa el tercer puesto en el mundo en el consumo de bebidas alcohólicas por habitante. Mil millones de botellas de cerveza y 50 millones

CALIENTE Triplexán®

Loratadina-Pseudoefedrina-Acetaminofen

TABLETAS

- ✓ Resfriado común
- ✓ Rinitis alérgica
- ✓ Estados gripales
- ✓ Sinusitis



Una presentación para cada necesidad

COMPOSICION

Tabletas: cada tableta contiene:

Loratadina.....2.5 mg
Pseudoefedrina sulfato.....60 mg
Acetaminofen.....500 mg

PRESENTACION: Tabletas: sobre x 4 tabletas. Caja x 15 sobres.
Caja por 12 tabletas. Reg. San. M-012774 Minsalud.

COMPOSICION

Caliente sobres: cada sobre contiene:

Loratadina.....2.5 mg
Pseudoefedrina sulfato.....60 mg
Acetaminofen.....500 mg

PRESENTACION: Sobre x 18 g en caja x 20 sobres
Reg. San. Prov. Expediente No. 51002 M.S.

Contraindicaciones: hipersensibilidad a los componentes, afecciones cardíacas severas, hipertiroidismo, hipertensión. **Precauciones:** administrarse con precaución en pacientes con insuficiencia hepática o renal, glaucoma de ángulo estrecho, hipertrofia prostática. No se ha establecido la seguridad de loratadina durante el embarazo. **BIBLIOGRAFIA:** 1. Clissold P., et al. Loratadine. A Preliminary review of its pharmacodynamic properties and therapeutic efficacy. *Drugs* 37:42-57, 1989. 2. Frolund L., et al. A multicentre study of loratadine, clemastine, placebo in patients with perennial allergic rhinitis. *Allergy* 45: 254, 1990. 3. Boner A.L., et al. Eficacia y seguridad de loratadina (suspensión) en el tratamiento de niños con rinitis alérgica. *Allergy* 44:437-441, 1989.



ITALMEX
PRODUCTOS
CIENTIFICOS

Confirmado como la otra
ALTERNATIVA:

- **DOLOR**
- **FIEBRE**



Tabletas
DOL[®]
400

Suspensión
DOL[®]
-Pediátrico

**amplia experiencia comprobada en
más de 120 países**

COMPOSICION:Tabletas: cada tableta recubierta contiene: ibuprofeno400 mg. **Suspensión Pediátrica:** cada 5 ml de la suspensión contiene: ibuprofeno.....100 mg.
Presentaciones y Registro Sanitario: Tabletas x 400 mg: caja x 10 tabletas. Caja 20 sobres x 2 tabletas. Reg. san. M-012439 Minsalud. **Suspensión Pediátrica:** frasco x 120 ml.
Reg. San. M-012902 Minsalud. **Contraindicaciones:** hipersensibilidad al Ibuprofeno, a los salicilatos y a otros antiinflamatorios no esteroidales. **Precauciones:** adminístrese con precaución a pacientes con asma, broncoespasmo, desórdenes de la coagulación, úlcera péptica, o que estén en tratamiento con anticoagulantes como la warfarina. **Efectos indeseables:** puede desencadenar náusea, vómito, erupciones cutáneas o sangrado digestivo. **Bibliografía:** -Crome P et al : Single and multiple dose pharmacokinetics of ibuprofen effervescent granules or tablets in elderly volunteers. Drug Invest 1990; 2: 61. -Dionne et al: Suppression of postoperative pain by preoperative administration of Ibuprofen in comparison to placebo, acetaminophen and acetaminophen plus codeine. J Clin Pharmacol 1983; 23: 37. -Kotob A: A comparative study of two dosage levels of ibuprofen syrup in children with pyrexia. J. Int Med Red 1985, 13: 122.



ITALMEX
PRODUCTOS
CIENTÍFICOS

Un problema real:



¡Parasitismo intestinal!

NUEVO

Nematil®

PLUS

Albendazol-400 mg
Italmex

Antihelmíntico de Primera Elección

1 tableta 400 mg

DOSIS UNICA

Suspensión 10 ml-400 mg

DOSIS UNICA

COMPOSICION: Nematil-Plus Tabletas. Cada tableta contiene: Albendazol.....400 mg. Nematil-Plus Suspensión. Los 10 ml contienen: albendazol.....400 mg. **Contraindicaciones:** no debe administrarse durante el embarazo, ni a pacientes con posibilidad de embarazo, pues el albendazol es teratogéno y embriotóxico en animales. El Albendazol no ha sido evaluado en niños menores de 2 años. Efectos secundarios: ocasionalmente trastornos gastrointestinales y cefalea. **PRESENTACIONES Y REGISTRO SANITARIO:** Nematil-Plus Tabletas, caja x 1 tableta. Reg. San. Provisional Expediente No. 053379 Minsalud. Nematil-Plus Suspensión, frasco x 10 ml. Reg. San. Provisional Expediente No. 053322 Minsalud. **BIBLIOGRAFIA:** - Coulaud J.P., Rossignol J.F. Albendazole: nuevo antihelmíntico de una sola dosis: Acta Tropica 41: 87-90, 1984. - Nahmias J., Kennet R., Goldsmith R., Greenberg Z. Evaluation of albendazole, pyrantel, bephenium, pyrantel-praziquantel and pyrantel-bephenium for single-dose mass treatment of necatoriasis. Annals of Tropical Medicine and Parasitology 83: 625-629, 1989. - Stephenson L.S., Latham M.C., Inoti S.N., Kurz K.M., Brigham H., Improvements in physical fitness of kenyan schoolboys infected with hookworm, Trichuris trichiura and Ascaris lumbricoides following a single dose of albendazole. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 84, 277-282, 1990.


ITALME
PRODUCT
CIENTIFIC

El Universo de las **ALERGIAS**



responde a

EXUL[®]

Loratadina

COMPOSICION: *Tabletas:* cada tableta contiene: Loratadina micronizada.....10 mg. *Jarabe:* cada cucharadita (5 ml) contiene: Loratadina.....5 mg. **Contraindicaciones:** hipersensibilidad a la Loratadina. **Precauciones:** no se ha establecido su seguridad durante el embarazo y la lactancia. Niños menores de 6 años. **Efectos indeseables:** en estudios bien controlados sus efectos indeseables han sido comparables a los del placebo. **Presentaciones y Registro Sanitario:** *Tabletas:* caja x 10 tabletas recubiertas, Reg. San. M-011979 Minsalud. *Jarabe:* frasco x 90 ml, Reg. San. M-013304 Minsalud. **Bibliografía:**
- Clissold S P, et al: Loratadine. A preliminary review of its pharmacodynamic properties and therapeutic efficacy. *Drugs* 1989; 37: 42. -Frolund L et al: A multicentre study of loratadine, clemastine, placebo in patients with perennial allergic rhinitis: *Allergy* 1990; 45:254. -Paul E: Loratadine and terfenadine in the treatment of chronic urticaria. *Allergy* 1989; 43 (Suppl. 7) 122.



ITALMEX
PRODUCTOS
CIENTÍFICOS

de botellas de aguardiente hacen que nuestro país tenga cinco millones de borrachos crónicos. Hay otros datos que llaman la atención: el 50% de los accidentes de tránsito son causados por el licor. El 40% de los salarios se queda en bares y tabernas. Diez mil personas mueren anualmente alcoholizadas. En pesos, algunos de esos hábitos cuestan: 30 mil millones de pesos en cerveza y aguardiente. Una de las empresas productoras batió el récord de ganancias en el último año. Las cifras van en notorio aumento cada año. Las bebidas alcohólicas son las que originan la llamada 'guapeza' de los colombianos. Por su causa se matan unos a otros... Se admite que el Estado no podría subsistir si no hubiera consumo de licores, pero la pérdida de horas de trabajo por hombre es inmensa.

"De cada 100 homicidios, 30 se cometen en cantinas, bares y griles. De cada dos buses que circulan por las vías nacionales, uno sufre un accidente: el alcohol es el origen de estas tragedias".

Entre las causas psíquicas se hace referencia a que entre los alcohólicos la neurosis ocupa el 40%, la psicosis el 10% y el otro 50% está repartido entre los trastornos psicosexuales y los desórdenes de la personalidad, entre ellos la paranoia y la homosexualidad. Se hace hincapié en el alcoholismo como una defensa psicológica a los diferentes traumas emocionales.

Conocemos que el adicto al alcohol se vuelve dependiente de esta sustancia debido a factores psicológicos, porque utiliza el alcohol como un sedante contra la ansiedad, tensión (estrés), dolor psíquico, tristeza, culpa, inseguridad, fobias, falta de autoestima, impotencia, temor a la mujer o al hombre, al sexo, a las relaciones sociales o a las exigencias de los impulsos mórbidos o patológicos y obsesivos, a la soledad y a la falta de libertad, así como a la intolerancia a las pérdidas, cualesquiera que sean o al mismo éxito; por eso los sujetos se embriagan para anestesiar el dolor o festejar un evento, como un medio de escape ante el mundo exterior y el interior.

En los alcohólicos es fundamental tener en cuenta las relaciones que el sujeto hace inicialmente con la madre, que son soporte para la formación de la personalidad y la comprensión de las dependencias y vínculos interpersonales por medio de sus dos impulsos básicos: libidinal placentero y tanático destructor, violento displacentero;

este último es el que origina el sadomasoquismo y el narcisismo patológico maligno y la violencia.

Las relaciones parentales iniciadas en la primera infancia son básicas para la formación de la persona, y pueden ser traumáticas debido a la frustración por carencia o exceso. El niño se siente abandonado por su madre cuando falta o cuando él es invadido por ella y por ende no le da amor; es entonces cuando se producen las desviaciones de los impulsos que se convierten en algo patológico o se fijan, regresan, se estancan o inhiben; de ahí también las inhibiciones y defensas en las relaciones interpersonales que son falta de identificaciones positivas y el conflicto que se establece en la conciencia moral (super yo), el que se vuelve sadomasoquista con respecto a él mismo y a su grupo social sintiendo así culpa, remordimiento, castigándose los deseos y fantasías que aparecen en las relaciones parentales. Por eso observamos que muchos de nuestros trabajadores, en el fin de semana, se beben la mayor parte de su salario y llegan a su hogar a pelear y, sintiéndose valientes, maltratan a su compañera o a sus hijos.

El trabajador por lo general se siente solo, abandonado, lleno de envidia, voracidad, celos, inferioridad e inseguridad, y se vuelve dependiente de diferentes situaciones; por esto encontramos también adictos o dependientes de la televisión, del cine o de actividades recreativas no sublimadas, que como síntomas son sexualizados y pueden convertirse en perversiones.

El sujeto, sintiéndose abandonado con ansiedad y depresión, busca la manera de sedarse, y el instrumento es el alcohol. Así, se destruye a sí mismo, a su grupo familiar, y al social no permitiéndose realizar las sublimaciones fundamentales y la recreación real.

CAUSAS DEL ALCOHOLISMO

El alcohol está relacionado con la muerte en relación al suicidio, al cáncer, a las enfermedades del corazón y a las cirrosis hepáticas; muchos homicidios son ocasionados por el alcohol. Cuando nos referimos al alcoholismo hay que determinar los trastornos mentales que se asocian o relacionan con los desórdenes de la personalidad antisocial, desórdenes del afecto, la ansiedad y las ya nombradas tendencias suicidas.

Existe una vinculación del alcoholismo con condiciones

psiquiátricas referidas a procesos mentales individuales, a la vez que a problemas psicosociales, a los genéticos y a factores de conducta. En todo este panorama existe un factor dominante entre los mecanismos de los neurotransmisores y receptores celulares y los que condicionan la célula e integran las relaciones metabólicas del alcohol.

CAUSAS PSICOLÓGICAS DEL ALCOHOLISMO

En la historia de los alcohólicos existe, en la mayoría de ellos, que los padres o figuras parentales también han sido alcohólicos, y que tienen problemas o desórdenes en la organización familiar.

Desde el punto de vista psicoanalítico el alcohol se relaciona con las identificaciones parentales, los traumas, las ansiedades, las melancolías severas, la irritabilidad, la hipersensibilidad, la sexualidad represada, la falta de autoestima, la fijación a etapas orales, las insatisfacciones de esta misma etapa y la presencia de un Super Yo muy severo y punitivo; en especial es la relación del bebé con su madre y padre lo fundamental. El aprendizaje, la curiosidad en las edades puberales, es otro de los factores que inciden para presentarse el alcoholismo. La adicción alcohólica puede resultar de los hábitos sociales y se considera como indicativo de trastornos de la personalidad.

La experiencia científica ha puesto en evidencia que el alcoholismo también tiene un factor hereditario, y las estadísticas prueban que el niño de padres alcohólicos tiene mayor tendencia a volverse alcohólico que el niño de padres normales. Sin embargo, estos resultados solamente indican que en un ambiente enfermizo hay mayor probabilidad de que se establezca el vicio. Es también sabido que el alcoholismo se considera como síntoma de un desorden emocional. Se afirma especial y fundamentalmente que las frustraciones infantiles, la necesidad de amor, cariño materno, así como la falta de independencia respecto de las figuras dominantes paternas y la dependencia con la figura materna, el seno y la etapa oral de chupar y comer, y el resentimiento, son factores que se ven en el común de las exigencias de las figuras paternas, y por consiguiente el rechazo puede ser el comienzo de los sentimientos de culpa que se castigan por medio del alcohol.

Otro de los mecanismos generadores de muchas psicopatologías, y entre ellas la violencia por el alcoholismo, es que el alcohol estimula los conflictos psicológicos primarios. Desde un punto de vista psicodinámico, el ser humano oscila en tres posiciones fundamentales: la esquizoparanoide, disociándose, sintiéndose perseguido, atacado o rechazado, ataca, persigue y se vuelve violento; la segunda posición es la depresiva, aquí el sujeto se culpa por la agresión interna, se siente deprimido, se angustia y deplora todas las pérdidas; la tercera es la reparativa, en ella el ser trata de reparar lo destruido internamente, con su agresión y violencia interna; de aquí se parte a la creatividad buscando algo nuevo. El alcohólico como otros seres humanos, oscila entre la primera y la segunda posición (esquizoparanoide, de violencia externa, y la depresiva, de violencia interna).

Otro de los factores que se toman en cuenta como causa del alcoholismo, son los conflictos psico-sexuales, como las tendencias homosexuales y, básicamente, el deseo de una existencia pasiva ante la vida.

En la adolescencia, el alcoholismo puede representar un acto de desafío a los padres o a la sociedad, a los cuales se mira como frustradores rígidos, severos e impositivos, que no permiten lo que ellos suelen llamar “placeres de la vida”.

Existen también los factores “estresantes”, que intervienen en las personalidades inmaduras y que van a poner en marcha el mecanismo más simple para eludir la dolorosa realidad, huyendo de ella por medio del alcohol. La culpa, la ansiedad, el miedo, la agresión y la tensión, son intolerables para el alcohólico, sirviéndole el alcohol como sedativo de la realidad. El alcoholismo nace cuando un individuo fracasa en el intento de utilizar otros mecanismos y, en suma, representa la impotencia ante sus mismas fantasías, ya sean éstas conscientes o inconscientes.

PERFIL PSICOLÓGICO DEL ALCOHÓLICO

Los alcohólicos tienen inmadurez emocional, son egoístas e ineptos para establecer relaciones estables y amistosas. En público o en la sociedad, se presentan como gente amable, pero en su casa su conducta es pendenciera, irritable, malhumorada y amargada. Viven en conti-

nua búsqueda de la aprobación, defendiendo la coraza de su orgullo. Son individuos que acostumbran achacar sus defectos y fracasos a los demás, a su mala suerte y destino, y entran en el inmenso campo de las racionalizaciones. El rechazo de la gente de la que esperan simpatía y protección les es intolerable, a la vez que pueden (como ocurre no pocas veces) culpar al cónyuge de infidelidad; en estos pacientes se despiertan y desarrollan tendencias o sentimientos incestuosos hacia los hijos y otras figuras familiares, o bien, pueden tener actuaciones homosexuales; no controlan el impulso a repetir, el cual los transforma en mártires de su misma compulsión. Unos toman para olvidar y otros para no recordar. Unos desean olvidar la realidad, interna o externa de sí mismos, su moralidad; otros no quieren recordar que son víctimas de sus propios pseudo-principios morales que los atormentan desde lo profundo de su personalidad.

La hostilidad, la agresividad o el odio están en el neurótico alcohólico, ya en sus sueños y fantasías, ya en su conducta. Los bebedores relacionan el odio y los sentimientos de culpa con el valor erótico de la bebida; secretamente los alcohólicos tienen un gran temor a la mujer, a la heterosexualidad y, a veces, confiesan que no es la satisfacción sexual lo que buscan, sino el afecto, los cuidados, la protección. El alcoholismo, como ya se mencionó, es elegido como una forma de solución de los conflictos y temores internos, pero representa también la autodestrucción, la solución de los sentimientos de abandono, soledad, inseguridad, inferioridad e incompetencia. Los alcohólicos con su conducta, intentan buscar el paraíso perdido artificial, fantástico, donde las prohibiciones no existen. Por ende, viven en la quimera del alcohol. En el desafío estas personas pueden llegar a la conducta violenta y delincuente, en que el odio se deja ver en todas sus manifestaciones. Vemos cómo los "borrachos" emplean un lenguaje soez, desafiando hasta sus propios padres, mostrando su "matonería y machismo". En esta violencia, nacida del odio, llegan a los hechos, pueden caer en la delincuencia y con ella también en el castigo.

En suma, tenemos que la base psicológica del alcoholismo es la falta de la buena relación entre padre, madre e hijo, que luego se puede proyectar a un grupo familiar, social, político, religioso, y a toda la sociedad, y con ello a las conductas violentas.

LA FISIOLOGÍA Y EFECTOS DEL ALCOHOL

La mayoría del alcohol es absorbido en el estómago. Las concentraciones más altas en la sangre se consiguen entre los 30 y 90 minutos; por lo general esta cifra va de los 45 a los 60 minutos. Alrededor del 90% del alcohol absorbido se metaboliza a través de la oxidación en el hígado y el 10% en los riñones y pulmones. El cuerpo es capaz de metabolizar 15 mg de alcohol en una hora. El alcohol es metabolizado por dos enzimas: la hidrogenasa y la aldehidrogenasa; la primera convierte el alcohol en acetaldehído, que es un componente tóxico, y la segunda transforma el acetaldehído en ácido acético. La aldehidrogenasa es inhibida por el disulfiram o antabuse, que se usa contra los desórdenes del hábito del alcohol. El alcohol en el cerebro tiene una acción electro-química que interfiere en los receptores con una acción inhibitoria electroquímica en los voltajes, produciendo un bloqueo córtico-cerebeloso, que se manifiesta en la conducta. Por ejemplo, una concentración de 0.01% de alcohol se revela en los movimientos voluntarios motores; del 0.1% al 0.15% ya tiene un rango de intoxicación mediana; en el 0.2% las reacciones emocionales se afectan; en el 0.3% las personas comúnmente se confunden y se vuelven estupidas; en el 0.5% las personas entran en coma y pueden llegar a la muerte por depresión respiratoria o por aspiración del vómito. Sin embargo, estas cifras oscilan porque hay personas que pueden tolerar más la oxidación y otras menos.

El alcohol tiene efectos adversos puesto que daña las células del hígado y puede llegar a la hepatitis y a la cirrosis. En el sistema gastrointestinal se puede desarrollar la esofagitis, la gastritis, la aclorhidria y la úlcera péptica, lo mismo que la pancreatitis, las insuficiencias pancreáticas, las dificultades de absorción intestinal, de aminoácidos y vitaminas y el agravamiento de los trastornos de los síntomas producidos por la diverticulosis. En el sistema metabólico en general, puede producir problemas en el metabolismo de las lipoproteínas y los triglicéridos y aumentar la posibilidad de infarto cardíaco y cerebral, así como de trastornos de la glucosa.

El alcohol potencializa otras drogas como los hipnóticos, los sedantes, los analgésicos, los antialérgicos y, al deprimir el sensorio la corteza cerebral, se aumenta la sudoración, la apatía, pudiéndose presentar el mareo y el

sueño. Como se observa, grandes dosis de alcohol producen una falla respiratoria y la muerte; por eso hay que tener mucho cuidado en la interacción de todas estas drogas con el alcohol.

CLASES DE ALCOHOLISMO

Existen varias clasificaciones con respecto al alcoholismo, a la dependencia del mismo. Uno se denomina tipo A, en él la dependencia es ligera; en el tipo B la dependencia es más severa y está relacionada con la psicopatología del sujeto con historia familiar patológica. Estos dos tipos de alcoholismo pueden responder a psicoterapias; pero el tipo B responde más a un entrenamiento con objetivos precisos para dejar la dependencia. Existen otros tres esquemas de clasificación:

1. Problemas de tomadores en las primeras etapas.
2. Tomadores diarios especiales, moderados.
3. Tomadores aislados esquizoides que tienen la dependencia de tomar solos.

Otros investigadores sugieren dos tipos de alcoholismo; el primero, el que tiene una dependencia psicológica y aparece tardíamente con sentimientos de culpa; y el segundo, caracterizado porque comienza en edades tempranas, influido por una socialización del alcohol.

Otros autores postulan cuatro subgrupos del alcoholismo:

1. el alcoholismo intrasocial, con predominio de un pronóstico pobre, que se inicia muy tempranamente en personalidades antisociales;
2. el alcoholismo que se desarrolla acumulativamente por abuso del alcohol en un medio cultural específico;
3. el alcoholismo con efectos negativos que se presenta más en las mujeres o contra todas las regulaciones de afecto que les ayuda a las interrelaciones sociales; y
4. el alcoholismo que se desarrolla limitadamente y es el que ocurre cuando se toma una cantidad grande de alcohol, ocasionalmente por eventos sociales.

En las intoxicaciones por alcohol se observa que, en una ingesta grande de alcohol, pueden aparecer paulatinamente los síntomas hasta llegar a la muerte. A la vez los

síntomas dependen de la constitución física y de las reacciones de la personalidad de quien toma, de su psicopatología, pudiendo llegar no solamente a la confusión, a la desorientación, a la alucinación, a los trastornos de la marcha, a los problemas visuales, sino a los actos impulsivos agresivos, entre ellos el suicidio o el homicidio. Obviamente el alcohol produce una pérdida de control y organización del sensorio en que, junto a la falta de autocritica, en un momento dado puede predominar la omnipotencia. En ciertos sujetos se observan cambios severos en la conducta.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Cuando en un alcohólico se suprime el alcohol, puede observarse un trastorno de conducta con síntomas psicomotores que puede llegar al *Delirium Tremens*, a estados psicóticos o, comenzando, a una irritabilidad y agitación general, con síntomas gastrointestinales (náuseas y vómitos), hiperactividad neurovegetativa, simpático autónomo, ansiedad, sudor, enrojecimiento facial, midriasis, taquicardia, ligera hipertensión. En todos estos casos se puede llegar a episodios de agitación e inclusive epilépticos (esto se presenta en el 3% de los pacientes).

Las investigaciones han puesto en evidencia que los alcohólicos tienden a mostrar deficiencias nutricionales y por ende bajas defensas, así como problemas vasculares, neoplasmas, hipoglicemia, hiponatremia e hipomagnesemia, así como deformaciones morfológicas del cerebro.

TRATAMIENTO

El tratamiento de los alcohólicos debe enfocarse inicialmente hacia la prevención, por medio de la educación desde la constitución de la familia, en la primera infancia, la adolescencia y luego en la madurez.

El tratamiento del alcohólico depende del tipo de que se trate y oscila desde la psicoterapia del aprendizaje en alcohólicos anónimos hasta el tratamiento de los casos de intoxicaciones o de síndrome de abstinencia; en estos últimos debe establecerse todo el tratamiento médico específico de acuerdo con la sintomatología del paciente, atendiendo sus carencias metabólicas, y, al mismo tiempo, dándole ciertos psicofármacos tranquilizantes

específicos para estos casos. Cuando el paciente tiene *Delirium Tremens* solamente debe tratarse en instituciones hospitalarias con un tratamiento médico específico, con altas calorías de carbohidratos, dietas suplementarias, multivitaminas, hidratación y tranquilizantes.

Cuando el alcoholismo llega a la demencia con atrofia cortical, el tratamiento debe ser con hospitalización igual que con los síndromes de Wernicke y Korsakoff, en los cuales los tratamientos y cuidados generales médicos son obligatorios. En ambos casos deben darse altas dosis de tiamina.

Las encefalopatías alcohólicas (síndrome de Wernicke) se caracterizan por ataxia, disfunción vestibular, confusión, anormalidad ocular, parálisis rectal y, en ocasiones, anisocoria; en estos casos el tratamiento hospitalario debe ser conducido con todo el cuidado del médico internista.

El alcohol puede, como ya se observó, producir desórdenes psicóticos en personalidades limítrofes o inducir desórdenes del afecto, desencadenando psicotimias o ansiedades o disfunciones sexuales, desórdenes del sueño u otros no específicos; también el alcoholismo puede producir encefalopatías por carencia de vitamina hasta llegar a la pelagra o los síndromes ya nombrados de Wernicke y Korsakoff.

Es de anotar que existen también trastornos alcohólicos en el feto cuando la madre es alcohólica, presentándose inhibiciones intrauterinas y trastornos en el feto; por ejemplo, es posible encontrar microcefalia, malformaciones craneofaciales, defectos de conformación en el corazón de los niños, retardo mental, conductas maladaptativas posteriores; en el 35% de los casos, en mujeres alcohólicas, se encontraron deformaciones corporales.

Las medicaciones para el tratamiento son el Antabuse, los tratamientos conductuales, los alcohólicos anónimos, la afiliación a organizaciones, la psicoterapia individual o de pareja y de grupo, la terapia en organizaciones de esposos con desórdenes de alcoholismo. En estos casos se aplica también la terapia familiar.

Todos los informes sobre el alcoholismo nos llevan a que son los "alcohólicos anónimos" los que más pueden ayudar a controlar el problema.

RECOMENDACIONES. MEDIDAS POR TOMAR

Si bien el alcoholismo es un trastorno de muchos siglos, no por eso debemos renunciar a trabajar combatiendo actitudes negativas, con la esperanza de que el sujeto pueda crear otro mundo de satisfacciones, y no un mundo ilusorio o fantasmagórico en el que la destrucción por la violencia sea la que predomine en el actuar del hombre en la sociedad.

Las recomendaciones con respecto al alcoholismo y a la violencia implican un enfoque psicosocial, puesto que una y otro están imbricados. Si tenemos en cuenta que el alcoholismo es sólo uno de los detonantes de la violencia en Colombia, y que toda la psicopatología social corresponde a una psiquiatría de la violencia (guerras, guerrillas, narcoguerrilla y narcotráfico, violencia intra y extrafamiliar, violencia del medio ambiente), de todas maneras nos enfrentamos a una macropoblación multideterminada de la violencia. Si bien es muy difícil y utópico copar todos los campos para prevenir y controlar la violencia y el alcoholismo, es necesario tener en cuenta:

1. Que es necesario realizar investigaciones con un equipo interdisciplinario con relación al alcoholismo y la violencia.
2. Continuar el diseño de estrategias educativas partiendo de la constitución de la pareja, la familia, la planificación familiar, la educación sexual y la de la agresión, la educación y formación de los hijos, el cumplimiento de todos los programas de atención de salud física, psíquica y social, a la población, y en especial a la relación con los programas de salud e higiene mental y normatividad. En este contexto específico del alcoholismo-violencia se deben aplicar las medidas para impedir la venta y consumo de alcohol a menores, así como el porte de armas de fuego o corto-punzantes para todos; hacer una difusión masiva por los medios de comunicación, especialmente en la radio, la TV y la prensa, con anuncios y audiovisuales repetitivos para prevenir el alcoholismo y hacer ver su íntima relación con la violencia y la muerte.
3. Que se afiance la escuela como centro fundamental de donde parta la información y la formación del individuo integrando más la familia a la sociedad, ya

- que la familia abandonada o con problemas, no puede o no sabe cómo educar sanamente a sus hijos. Las familias bien estructuradas serán el soporte en los planteles educativos para ayudar en pro de la salud mental y social. Esto implica una alta dosis de solidaridad y renuncia al egoísmo individual.
4. Piénsese que en Colombia existen aproximadamente 600 mil epilépticos, dos millones de débiles mentales, 359.000 psicóticos, aproximadamente un millón de depresivos y melancólicos y 500.000 con personalidades limítrofes, sin contar todas las psiconeurosis; que, además, una cuarta parte de la población, entre 15 y 49 años, padece alguna forma de enfermedad mental, que amerita tratamiento psiquiátrico, y que toda esta población es susceptible de incurrir en actos violentos por la ingesta de alcohol; por esta razón se recomienda que el Estado haga un seguimiento a estas personas, ya detectadas o por detectar, por medio de los planteles o instituciones educativas o de salud, para prevenir la ingesta de alcohol y, por consiguiente, los actos violentos.
 5. Se recomienda la preparación de profesionales médicos y paramédicos en el conocimiento y manejo de las conductas violentas individuales y colectivas, preparando a líderes comunales docentes, no politizados, que puedan enseñar las disciplinas de la salud e higiene mental, con la perspectiva de la creatividad, con la integración de programas de educación sexual y de tratamiento de la agresividad.
 6. Organizar escuelas de padres de familia con programas orientados a la salud e higiene mental aprovechando todos los recursos e infraestructuras existentes (Escuelas, Centros de Salud, Cades, Centros de Acción Comunal, etc.).
 7. Se sugiere pedir a las academias y sociedades científicas y a las universidades, políticas de apoyo, desarrollo y colaboración para la preparación de profesionales de la salud con un enfoque multidisciplinario físico, psíquico, laboral y social.
 8. Tener en cuenta que los modelos del aprendizaje sobre salud e higiene mental y social, deben implementarse desde la familia, la escuela primaria, y ser enseñados gradualmente a través de toda la educación, para que los mecanismos de dependencia o adicción, proyectados en conductas violentas internas o externas, puedan ser superados.
 9. Se recomienda la creación de un Consejo Nacional Cultural en que participen, de alguna manera, diferentes entidades oficiales (Colcultura, Coldeportes, Federación Colombiana de Educadores, el Instituto Colombiano para la Juventud, las Alcaldías, los Ministerios de Educación, Salud, Medio Ambiente, Desarrollo y Trabajo), así como instituciones privadas científicas de la industria y comercio (academias, sociedades científicas, Cajas de Compensación, Cámara de Comercio); el Consejo tendrá como objetivo diseñar normas pedagógicas sobre salud e higiene mental y social, con la ayuda e integración en otros programas ya existentes.
 10. La normatización y la divulgación deberán hacerse a través de los medios de comunicación en los diferentes programas y espectáculos, y se deben proscribir todos aquellos que inciten a la violencia; en cambio, deberá incrementarse aquellos en que la creatividad sea lo primordial. Por lo expuesto se sugiere una integración de programas, con perspectiva de salud e higiene física, mental y social, con los planes de los diferentes ministerios ya citados. Para lo anterior se recomienda preparar al ciudadano para que el trabajo, en las ciudades o en el campo, sea considerado placentero, así como se debe educar y formar al ciudadano para la conservación del medio ambiente ... y sin violencia. Con este fin se impone dialogar para conseguir la paz, con base en la realidad, en la verdad, en el bien común socio-económico, que comprende la moral a diferentes niveles estatales, privados y de la subversión; todo por medio de una renuncia individual y colectiva, mediante un cambio institucional, económico y social.
 11. Otra de las políticas que se deben adoptar es la de que las grandes industrias licoreras y otras apoyen más y obligatoriamente la recreación y la creatividad, ayudando al ser humano a superar la soledad, los vacíos y la depresión que agobian a los alcohólicos. No se trata utópicamente de suprimir las bebidas alcohólicas sino que las industrias y comercios licoreros tengan la obligación de contribuir económicamente a los programas de rehabilitación, prevención y tratamiento permanente del alcoholismo.
 12. Se recomienda más la recreación dirigida en escuelas, barrios, fábricas, de las ciudades y del campo, con programas creativos y de recreación; para tal efecto se sugiere crear talleres creativos y recreati-

vos donde padres, hijos, y maestros se integren y sean partícipes directos de estos talleres, despertando el deseo de la creatividad y de la unión. Estos planes han de implementarse y desarrollarse especialmente en vacaciones.

13. Se sugiere la creación de brigadas ecológicas para preservar el medio ambiente, desde la propia casa, calle, barrio y ciudad.
14. Se recomienda que se incremente el estímulo a los deportes y a todo acto creativo y cultural para enseñar el respeto al espacio público, al medio ambiente, preservándolos de la destrucción por las sustancias tóxicas, los ruidos estresantes y el desorden en el funcionamiento de las vías públicas.
15. Se recomienda enseñar a todos los ciudadanos el desarrollo de los grandes pueblos, la evolución del hombre dentro de su marco histórico y de sí mismo, al hombre como protagonista en el deterioro de la ecología en la evolución de las distintas economías y culturas, en el desarrollo del arte a través de la historia de la comunidad, ubicándolo dentro de nuestro medio ambiente geográfico e histórico.
16. Se aconseja incrementar el apoyo al artista, al artesano, al deportista, individual y colectivamente, para que mediante la creatividad se encause la agresión especializada productiva y saludable.
17. Se sugiere crear programas de saneamiento moral en todos los niveles y, finalmente, que las normas existentes se cumplan, y que los centros penitenciarios se reformen para ser estímulos de rehabilitación, trabajo, creatividad para el bien individual y colectivo.

CONCLUSIONES

Todas estas recomendaciones pueden parecer idealistas, ambiciosas, utópicas y, por lo tanto, inalcanzables; sin

embargo, algo de ellas quedará para ser aplicadas en la realidad.

No toda la sociedad está enferma, ni alcohólica, pero la parte sana es la responsable de la ayuda en su propia evolución, para su reestructuración e integración sana y en paz.

La tarea es muy grande, el objetivo muy alto e ideal; sin embargo, se debe comenzar dejando caer la semilla del bien, regándola, cuidándola a través del tiempo, para tener el fruto en un mañana de esperanza.

Ante todas las soluciones se debe tener en cuenta el respeto por la vida, la verdad, la realidad, la libertad, por los valores, la moral, la autoridad, la responsabilidad, los límites de cada cual, los deberes, derechos y poderes, en especial ser conscientes de la patología social con consciencia colectiva e individual y del medio ambiente, para tratar de recuperar la sociedad enferma.

La recuperación debe partir de la sociedad sana que se ocupa de la salud; que ésta sea el puntal de donde partan las energías y las ideas para cambiar actitudes con una postura psico-social creativa nueva y sin permitir más patologías o que todas estas discusiones, diálogos y foros se queden en cajones de escritorio, en la crítica destructora, en el olvido del tiempo y el arrogante silencio.

Llegemos a un no más. Debemos comenzar este cambio que durará muchos decenios para todos. Es necesario iniciar con una renuncia de todos, una consideración colectiva, poniendo toda nuestra colaboración con una actitud solidaria. Todos podemos cambiar la actitud envidiosa e individualista por y para un cuidado de la masa. Por lo tanto, urge modificar esa actitud prevenida, egoísta, agresiva hacia una amorosa, recreativa y creativa. Todo esto conviene enseñarlo desde la cuna o quizás antes de ella. Son las fuerzas del amor y de la creatividad las que nos permitirán vencer a las de la destrucción y la violencia. Es necesario educar para enseñar a pensar antes que actuar para poder vivir sin violencia.